

ANEXO III AO DECRETO Nº 13.525, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2012.

LAUDO DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____

Data: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento: / /	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	E-mail:	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no inciso IV do art. 1º da Lei Federal nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) – observadas as instruções deste Anexo.
 Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) – observadas as instruções deste Anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

Assinatura
Carimbo e registro do CRM

Nome: _____

 Endereço: _____

Assinatura
Carimbo e registro do CRP

Nome: _____

 Endereço: _____

Unidade Emissora do Laudo

Identificação:

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável

Assinatura do responsável